Bijlage

In deze bijlage ga ik in op de punten waar Actiz, de Landelijke Huisartsenvereniging , de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Verenso, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland en Zorgverzekeraars Nederland mijn aandacht voor hebben gevraagd in hun brief van 16 maart jongstleden (zie bijlage 1).

Reactie op de brief van de landelijke partijen met betrekking tot de aanspraak
Het Zorginstituut Nederland (ZIN) geeft in zijn definitieve duiding aan dat het eerstelijns verblijf onder de aanspraak op "verblijf" valt zoals geregeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv, zie bijlage 2). Daarbij gaat het om verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg (zoals huisartsen die plegen te bieden), al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. In de praktijk zal de verpleegkundige samen met de huisarts een belangrijke rol hebben bij toeleiding naar het eerstelijns verblijf, omdat zij als eerste wijzigingen in de gezondheidssituatie of in de omgeving van de patiënt onderkent. Ook in de eerstelijnsvoorziening heeft zij een belangrijke rol vanwege de noodzaak tot 24-uurs toezicht via een continue verpleegkundige aanwezigheid. Het ZIN besteedt in zijn duiding uitgebreid aandacht aan deze rol.

Het ZIN gaat daarnaast uitgebreid in op wat er wordt verstaan onder 'de zorg zoals huisartsen die plegen te beiden' en bakent deze zorg helder af ten opzichte van de respijtzorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en het verblijf in de Wlz. Ook geeft het ZIN aan dat er met de eigenstandige aanspraak op GRZ in de Zvw een (onwenselijke) afbakening tussen de GRZ en de aanspraak op verblijf is gecreëerd. Zowel het eerstelijns verblijf als de GRZ zitten in een zorgcontinuüm van medisch noodzakelijk verblijf, waarbij behandeling door (onder andere) de specialist ouderengeneeskunde wordt geleverd en waar het verblijf gepaard gaat met verpleging, verzorging en paramedische zorg. Het ZIN geeft aan dat wanneer het eerstelijns verblijf vorm heeft gekregen binnen het zorgaanbod en de indicatiestelling voor de GRZ meer zorginhoudelijk onderbouwd is aan de hand van een kwaliteitsstandaard, de gedetailleerde omschrijving van de aanspraak op GRZ overbodig is.

De landelijke partijen vragen in hun brief naar de koppeling tussen het eerstelijns verblijf en het advies over de extramurale behandeling dat in oktober dit jaar door het ZIN wordt uitgebracht. Deze vraag is ingegeven vanuit de behoefte aan inhoudelijke duiding van de geneeskundige zorg die door de specialist ouderengeneeskunde zowel in het eerstelijns verblijf als in de thuissituatie kan worden geboden aan kwetsbare ouderen en de wijze waarop deze zorg bekostigd zal gaan worden. Partijen vragen of het verband tussen deze beide trajecten voldoende wordt gelegd.

Ik heb het ZIN in de adviesaanvraag extramurale behandeling nadrukkelijk verzocht met de samenhang tussen het advies en de duiding van het eerstelijns verblijf rekening te houden. Het ZIN is in de uitleg van de regelgeving rond het eerstelijns verblijf reeds ingegaan op de inhoudelijke duiding van het werk van de specialist ouderengeneeskunde, namelijk:

- dat de specialisten ouderengeneeskunde generalistische geneeskundige zorg leveren die het ZIN schaart onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De specialist ouderengeneeskunde kan deze zorg leveren binnen het eerstelijns verblijf.
- dat zorg zoals huisartsen die plegen te bieden het professionele arsenaal omvat van de huisartsen, zoals de beroepsgroep dit beschreven heeft in bijvoorbeeld richtlijnen, standaarden, beroepsvisies of deskundigheidsgebieden. Tijdens het eerstelijns verblijf wordt dit professionele arsenaal ingezet. Dit omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld observeren (in de zin van 'afwachten' onder geneeskundig of verpleegkundig toezicht) bewaken, toezicht houden, diagnosticeren, medicatie toedienen of huisartsgeneeskundige verrichtingen doen.
- dat binnen de extramurale behandeling de specialist ouderengeneeskunde zorg levert in samenwerking met verpleegkundigen, paramedici en/of gedragsdeskundigen. Ook binnen de Zvw is dit mogelijk, voor zover deze zorg onder de Zvw valt en voor zover de patiënt op deze zorg 'redelijkerwijs is aangewezen'. Dit kan vanaf 1 januari 2017 binnen het eerstelijns verblijf mits het verblijf medisch noodzakelijk is in verband met deze zorg.

De uitspraak van het ZIN, dat de specialist ouderengeneeskunde zorg levert die kan worden geschaard onder 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden', wordt door partijen in twijfel getrokken. Zij geven aan dat door deze duiding de specialisten ouderengeneeskunde de huidige zorg die zij bieden in het eerstelijns verblijf onder de subsidieregeling niet kunnen voortzetten, wanneer deze zorg onder de Zvw wordt gebracht. En dat hierdoor de continuïteit van zorg niet wordt gewaarborgd. Het ZIN geeft aan dat de zorg die de specialist ouderengeneeskunde momenteel in het eerstelijns verblijf verleent, ook mogelijk is onder de brede functionele aanspraak op verblijf in de Zvw, zoals door het ZIN is geduid. De duiding van de extramurale behandeling zal hieraan niets afdoen of toevoegen.

De partijen geven aan dat het aanbieden van het totale pakket van 24/7 zorg (bed plus verpleging en verzorging) geen onderdeel is van het takenpakket van de huisarts. Om deze reden zou de huidige duiding van het eerstelijns verblijf van het ZIN onjuist zijn. Ik wijs erop dat op geen enkel moment door het ZIN is gesteld dat de huisarts verantwoordelijk is voor het totale pakket van zorg. Dat het ZIN de generalistisch geneeskundige zorg in het eerstelijns verblijf schaart onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', betekent ook niet dat huisartsen deze zorg in het eerstelijns verblijf onder hun verantwoordelijkheid *moeten* bieden. Aangezien het een functionele omschrijving van de zorg betreft, kan dus ook de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten deze zorg bieden. Zodoende kunnen huisartsen de verantwoordelijkheid vanuit de eerste lijn overdragen aan een andere arts die generalistische geneeskundige zorg biedt. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de patiënt tot het moment dat de overdracht is geaccepteerd. Wel is het belangrijk dat voor de patiënt te allen tijde duidelijk is wie van de betrokken zorgverleners het aanspreekpunt is voor vragen, wie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening en wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de patiënt (zorgcoördinator)[1]. Het is aan de betrokken zorgverleners en partijen om hierover duidelijke afspraken te maken.

De partijen vragen vervolgens van het ZIN of in de duiding van het eerstelijns verblijf kan worden ingegaan op de afbakening tussen het eerstelijns verblijf laag complex en hoog complex, zoals in het afwegingsinstrument van Verenso wordt onderscheiden. Hier wordt door partijen het onderscheid gecreëerd dat het eerstelijns verblijf laag complex *altijd* onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt en het eerstelijns verblijf hoog complex *altijd* onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. Ook vragen deze partijen van het ZIN om conform dit onderscheid de taken en rollen van de betrokken zorgverleners in de duiding uit te werken.

Aangezien een specialist ouderengeneeskunde zorg levert zoals huisartsen die plegen te bieden, vind ik het onderscheid dat zo wordt gecreëerd onnatuurlijk en niet conform de ruime mogelijkheden die de wettelijke aanspraak biedt. De geneeskundige zorg kan binnen het eerstelijns verblijf geboden worden door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Ik ben geen voorstander van het opleggen van een landelijke blauwdruk volgens het door partijen aangegeven onderscheid voor de precieze organisatie en de bijbehorende inkoop. Dit proces moet lokaal kunnen verschillen en vorm kunnen krijgen afhankelijk van de demografische samenstelling van de bevolking, de locatie waar de patiënt verblijft en (bestaande) samenwerkingsafspraken tussen partijen. Er ontstaat dan, afhankelijk van die lokale situatie, de vrijheid om de zorg onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten te organiseren.

De partijen noemen in hun brief een aantal keer het in december verschenen afwegingsinstrument. Ik heb toegezegd dat ik hier een reactie op zou geven. Het afwegingsinstrument is een document van het veld. Voor de verschillende vormen van zorg binnen het eerstelijns verblijf moet door de beroepsgroepen zelf zorginhoudelijk onderscheid worden gemaakt, moet worden aangegeven wat de aard van de zorg is en welke beroepsbeoefenaar bevoegd en bekwaam is die zorg te verlenen. De betrokken zorgverleners en beroepsgroepen zijn bij uitstek de deskundigen die dit nu al in de

[1] Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG 2010.

praktijk doen en dus kunnen invullen. Het is daarom zaak dat wanneer het eerstelijns verblijf onder de Zvw wordt uitgevoerd, het afwegingsinstrument door de betrokken zorgverleners wordt omarmd, gebruikt en doorontwikkeld. Ook lijkt het mij voor de hand liggen om het afwegingsinstrument te betrekken bij de ontwikkeling van richtlijnen, kwaliteitsstandaard en het zorgpad voor de zorg voor kwetsbare ouderen.

Reactie op de brief van de landelijke partijen met betrekking tot de bekostiging 2017

Partijen hebben mij op de hoogte gebracht dat zij van mening zijn dat er eerst helderheid moet zijn over de rolafbakening en de inhoud van het eerstelijns verblijf en dat de bekostiging hierop moet aansluiten. Ook is aangegeven dat het voor hen nog onduidelijk is of de door de NZa voorgestelde modulaire bekostiging, waarbij gebruik wordt gemaakt van bestaande zorgprestaties en tarieven in de Zvw, het mogelijk maakt om het eerstelijns verblijf hoog complex op een juiste wijze aan te bieden. Deze bekostiging lijkt volgens partijen niet passend voor de zorgvraag van deze cliënten en zal administratief belastend zijn voor alle partijen.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven is de duidelijkheid met betrekking tot de aanspraak op het eerstelijns verblijf in de Zvw mijns inziens gegeven. Ik heb de NZa gevraagd om de huidige twee prestaties voor het eerstelijns verblijf en de huidige prestatie voor de palliatief terminale zorg prestaties die nu in de Wlz-subsidieregeling gelden, geschikt te maken voor de Zvw. Dit houdt in dat het verblijf, de verpleging en verzorging, de geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten en de paramedische zorg uit de prestaties bekostigd gaan worden. Ook is het mogelijk dat door middel van onderlinge dienstverlening extramuraal werkende zorgaanbieders die een deel van de eerstelijns verblijfszorg leveren, dat deel in rekening brengen bij de zorgaanbieder die eerstelijns verblijf integraal levert en declareert. Hiermee kom ik tegemoet aan de zorg van partijen of de bekostiging passend is voor de zorgvraag voor complexe patiënten.

Partijen geven ook aan dat er nog geen uitspraak is gedaan of het eerstelijns verblijf ten laste komt van het eigen risico of dat er sprake is van eigen bijdragen. Ik ben voornemens om voor de aanspraak op eerstelijns verblijf en de daarbij geboden zorg (de verpleging en verzorging, de behandeling door de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten en de paramedische zorg) het eigen risico te laten gelden. De huisarts zal – wanneer hij zorg levert aan patiënten in het eerstelijns verblijf – consulten of visites declareren, zoals hij momenteel ook al doet. Deze zorg valt in 2017, net zoals nu, onder het huisartsenkader en er geldt geen eigen risico. De eigen bijdrage regels voor de paramedische zorg gelden niet indien het paramedische zorg betreft die samenhangt met de indicatie waarvoor de patiënt in het eerstelijns verblijft[2]. De gevolgen van de toepassing van het eigen risico zijn voor de verzekerde overigens beperkt, omdat mensen die gebruik maken van het eerstelijns verblijf veelal hun eigen risico al verbruikt hebben aan andere zorg.

Reactie op de brief van de landelijke partijen met betrekking tot de organisatie van zorg

De landelijke partijen vragen in hun brief om duidelijke uitgangspunten te formuleren waaraan regionaal invulling dient te worden gegeven. Zij geven onder andere aan dat voor verwijzers inzichtelijk zou moeten zijn wat de toegankelijkheid is van bedden voor eerstelijns verblijf (zicht op de beschikbaarheid van laag, hoog en palliatieve eerstelijns bedden).

Dit verzoek komt overeen met de signalen die het Praktijkteam 'Zorg op de juiste plek' heeft opgehaald. Het Praktijkteam houdt zich bezig met vraagstukken rond de regionale overdracht van patiënten tussen thuis, ziekenhuis, tijdelijke opname en wonen in een instelling. Het Praktijkteam constateert dat onder andere huisartsen en transferverpleegkundigen binnen hun regio behoefte hebben aan:

- een gemeenschappelijke taal over tijdelijke opnames
- uniforme afspraken over regionale triage voor tijdelijke opnames
- regionaal inzicht in de beschikbaarheid van tijdelijke bedden

---

[2] Zie bijlage 2. 'Het eerstelijns verblijf binnen de Zorgverzekeringswet' van het Zorginstituut.

- toegang tot tijdelijke bedden buiten kantooruren en in weekend
- meer inzicht in het regionale zorglandschap na de hervorming van de langdurige zorg

Het praktijkteam heeft daarom als eerste product een infographic 'Zorg en verblijfsvormen voor kwetsbare ouderen' ontwikkeld (zie bijlage 3) die behulpzaam is voor zorgverleners bij het gesprek over de regionale overdracht van patiënten. Een goed voorbeeld van het regionaal inzichtelijk maken van de doorstroom van patiënten vind ik de regio Amsterdam, Zaanstreek Waterland en Noord-Holland Noord. Daar is door SIGRA, een samenwerkingsverband van zorgaanbieders in deze regio's, een hulpmiddel voor doorstroming van patiënten[3] gemaakt die duidelijkheid verschaft met betrekking tot verschillende regelingen, definities en financiële kaders. Het hulpmiddel van SIGRA draagt in deze regio's bij aan correcte routering in het verwijsproces, waardoor de juiste zorg op de juiste plek tegen de juiste financiering wordt geleverd.

In de derde voortgangsrapportage HLZ[4] heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven dat het noodzakelijk is dat er meer inzicht komt in de patiëntstromen die gebruik maken van het eerstelijns verblijf. Het resultaat van dat onderzoek door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en Significant vindt u in bijlage 4 en 5 van deze brief. De rapportage van het CIZ geeft duidelijk inzicht in de kenmerken van de patiëntenpopulatie eerstelijns verblijf over het eerste half jaar van 2015. De patiëntenpopulatie betreft 75% patiënten van 75 jaar of ouder. 65% van de patiëntenpopulatie woont alleen. Bij bijna 75% van de patiënten in het eerstelijns verblijf is sprake van een voorgeschiedenis met vooral extramurale zorg (verpleging en verzorging). De rapportages van CIZ en Significant geven meer kwantitatief en kwalitatief inzicht in de in-, door- en uitstroom van patiënten in het eerstelijns verblijf, alsmede in de ligduur binnen het eerstelijns verblijf. Volledigheidshalve verwijs ik naar de rapportages in de bijlagen.

Beide rapportages maken duidelijk dat er sprake is van regionale verschillen en praktijkvariatie. Een belangrijke conclusie die Significant trekt, waar het praktijkteam tegenaan loopt en waar de partijen in hun brief aandacht voor vragen, is dat voor het goed functioneren van het eerstelijns verblijf het noodzakelijk is om met verschillende betrokkenen regionaal zo goed mogelijk afspraken te maken om tot een gebalanceerde keten te komen. Significant adviseert:

- om op regionaal niveau het maken van afspraken over in-, door- en uitstroom uit eerstelijns verblijf te stimuleren, zodat een optimale zorgketen wordt georganiseerd, waarbij patiënten zo veel mogelijk passende zorg en ondersteuning krijgen;
- hierbij eventueel aan te sluiten bij het praktijkteam 'zorg op de juiste plek';
- om als ministerie van VWS hierbij te faciliteren door aan te geven waarover partijen het beste afspraken kunnen maken, het delen van kennis en expertise, het delen van best practices en het aansporen van partijen om tot afspraken te komen.

Ik ben erg blij met de rapportages van het CIZ en Significant, het inzicht wat hiermee is ontstaan in het systeem rond het eerstelijns verblijf en de aanbevelingen aan het ministerie van VWS en aan de verschillende betrokken partijen. Met de in deze brief beschreven eerste stap die per 2017 wordt gezet op weg naar structurele bekostiging in de Zvw, komt de uitvoering van de complete zorgketen in één wettelijk kader te vallen, wat het organiseren van die keten zal bevorderen. Ik ben het met Significant eens dat de afspraken voor een goed functionerende keten regionaal moeten worden gemaakt en dat er geen landelijke blauwdruk moet worden opgelegd. Het Praktijkteam sluit momenteel al op verzoek aan bij diverse regionale overleggen waar deze punten geagendeerd kunnen worden. Ze richten zich nu vooral op het uitleggen van de verschillende wet- en regelgeving, op het spreken van een gemeenschappelijke taal in de regio en op het betrekken van alle relevante zorgverleners. Hierdoor kan er gezamenlijk gewerkt worden aan een betere overdracht van kwetsbare patiënten tussen de verschillende zorgvormen. Het eerder genoemde voorbeeld uit de regio Amsterdam wordt als inspirerende initiatief meegenomen naar de diverse regionale overleggen. Om de partijen hier verder in te faciliteren zal ik samen met het veld zorgen voor een landelijke implementatie en ontwikkelagenda, die als handreiking kan dienen waarover partijen regionaal het beste afspraken kunnen maken.

---

[3] https://www.sigra.nl/nieuwsbericht/beslisboom-doorstroming-patienten
[4] Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 34 104, nr. 83